

Title	学会抄録 第221回 日本泌尿器科学会東海地方会
Author(s)	
Citation	泌尿器科紀要 (2004), 50(4): 291-294
Issue Date	2004-04
URL	http://hdl.handle.net/2433/113344
Right	
Type	Departmental Bulletin Paper
Textversion	publisher

第221回 日本泌尿器科学会東海地方会

(2003年9月28日(日), 於 名古屋市医師会館)

後腹膜小細胞癌の1例: 井村 誠, 安井孝周, 小林隆宏, 安藤亮介, 福田勝洋, 窪田泰江, 彦坂敦也, 戸澤啓一, 佐々木昌一, 林 祐太郎, 郡 健二郎 (名古屋市大) 73歳, 男性. 左下腹部の不快感を主訴に受診. CTにて左後腹膜に辺縁不整な, 脾, 腎を圧排する不均一な 8×7.2×9 cm の腫瘍を認め, 当科入院. 血液生化学所見は LDH が 482 U/l と高値を認める以外異常認めず. NSE は 160 ng/ml と高値. CT ガイド下生検にて, 小細胞癌の病理診断を得た. 肺小細胞癌の治療に準じて全身化学療法 (IP 療法: イリノテカン+シスプラチン) を施行. 3クール終了時の効果判定 CT にて腫瘍は 5.3×2.3×5.3 cm に縮小した (縮小率78.8%). NSE 値は1クール終了後 6.6 ng/ml と正常値となった. 現在 IP 療法4クール目および放射線療法を施行中. しかし, 完全寛解を得られた報告例は文献上なく, 嚴重な経過観察と追加治療の検討が必要である.

両側腎盂周囲リンパ管腫の1例: 内木 拓, 成山泰道, 田貫浩之, 上田公介 (名古屋市立東市民), 永田大介, 山田健司, 郡 健二郎 (名古屋市大) 71歳, 女性. 他院にて両側腎盂周囲腫瘍を指摘され当科受診. 当院 CT にて, 両側腎門部に造影効果を示す, 右 2.5 cm 大, 左 3 cm 大の軟部腫瘍および大動脈周囲に数 mm 大小リンパ節が認められた. 既往歴は, 虫垂切除, 胆石症にて腹腔鏡下胆嚢摘出術施行されている. 当院にて, 左 D-J カテーテル留置後, 2003年4月22日, CT にて指摘された左腎門部の腫瘍に対して, 腹腔下腎盂周囲腫瘍生検術を施行. 腹膜の癒着を認めたが, 丁寧に剝離を進め, 左腎下極の腫瘍を腎門方向へ剝離し, 生検を行った. 病理組織は polyclonal lymphoid infiltration であり, 各種免疫染色にても悪性は否定であった. 後日, 左 D-J カテーテル抜去した. 造影にて狭窄などは認められなかった.

後腹膜原発性腺外胚細胞腫瘍の1例: 池上要介, 加藤文英, 安積秀和 (名古屋市立緑) 症例は62歳, 男性. 腹部 CT 検査にて左後腹膜腫瘍を指摘された. 精巣腫瘍マーカーである HCG- β 187 ng/ml と高値を認めた. 左精巣には異常認めず, CT ガイド下にて腫瘍針生検施行し, 胎児性癌の診断. BEP 療法開始し, 現在3クール目施行中である.

副腎神経節神経腫の1例: 舟橋康人, 近藤厚哉, 岡本典子, 田中國晃, 津村芳雄 (刈谷総合) 40歳, 男性. 校診でエコーにて偶然左副腎腫瘍が発見された. 内分泌検査では異常を認めず. CT, MRI 上 11×7×7 cm 大の腫瘍を認め, T2 にて内部信号不均一であったので悪性を疑い経胸腹的到達法にて摘出した. 病理組織学的検査では良性の神経節神経腫であった. 術後4カ月現在, 転移, 再発の所見を認めない. 本疾患は放射線療法後や免疫不全状態といった特殊な状況でなければ, 悪性化しないと考えられており, 無症状であれば手術は必要ではないという文献もある. 一方, 小さくても腹腔鏡手術で摘出したほうが良いという意見もある. 術前診断は困難であるが経皮的生検が有用であるとする報告もある.

術前に腎動脈塞栓術を施行した巨大腎細胞癌の1例: 成瀬克也, 安部俊昭, 飛梅 基, 小久保公人, 中村小源太, 青木重之, 瀧 知弘, 三井健司, 山田芳彰, 本多靖明 (愛知医大), 成島雅博, 下地敏雄 (名鉄) 症例: 75歳, 男性. 主訴, 腹部腫瘍. 2003年4月, 健診の際に精査をすすめられ近医受診. 腹部 CT で 20×19×12 cm の巨大腫瘍を認めた. 左腎癌 T3N0M0 の診断のもと, 6月13日左腎動脈塞栓術を施行, 同17日根治的左腎摘除術を施行した. 巨大腫瘍につき視野が十分確保できず左腎動脈の同定が困難であったため, 左腎静脈を結紮切断後, 左腎動脈を処理した. 摘出重量は 2,305 g, 出血量は 944 g. 病理組織は RCC, granular cell ca, G3, INF β , v (+), ly (-), pT2pN0M0. 術後経過は良好. IFN 治療を継続中. 巨大腎癌の根治的腎摘出術に際しては, 術前の腎動脈塞栓術が有効であると考えた.

腎 RFA (radiofrequency ablation) 後, 腎膿瘍を発症した1例: 舛井 寛, 鈴木竜一, 村林 亮, 金井優博, 内田克典, 大西毅尚, 木

瀬英明, 松浦 浩, 金原弘幸, 有馬公伸, 杉村芳樹 (三重大), 山門享一郎, 中塚豊真, 竹田 寛 (同放射線) 81歳, 男性. CT にて右腎に直径 5 cm の腫瘍を指摘され当科を紹介受診. 種々の画像診断にて右腎癌と診断. 治療法について十分に説明し, 同意が得られたため選択的動脈塞栓術併用 RFA を施行した. 翌日から発熱があり, 喀痰・尿から MRSA を検出したため, バンコマイシンにて治療, 解熱した. しかし, RFA 施行から2カ月後, 38°C を超える発熱があり, CT にて右腎に腎膿瘍を認めたため CT ガイド下ドレナージを行った. 治療開始直後から解熱し, 現在外来にて経過観察中である. 腎癌に対する RFA は非侵襲的治療であるが, 晩期合併症にも十分な注意を要すると思われた.

小児外傷性腎仮性動脈瘤に対し塞栓術を施行し軽快した1例: 丸山哲史, 伊藤寿樹, 波多野伸輔, 永江浩史, 麦谷荘一 (聖隷三方原), 鈴木和雄, 大園誠一郎 (浜松医大) 症例は9歳, 女児. 側溝に転落し外傷性左腎損傷の診断にて保存的療法を開始した. その後, 肉眼的血尿, 貧血の進行が認められ左腎動脈造影を施行. 仮性動脈瘤の形成を認めたためコイルによる塞栓術を施行し軽快した.

前腹壁にストーマを有する経皮的腎瘻造設術 (anterior PNS: APNS—仮称—) の経験: 高橋義人, 中根慶太, 加藤 卓, 水谷晃輔, 亀井信吾, 増栄成泰, 後藤高広, 安田 満, 横井繁明, 伊藤慎一, 清家健作, 江原英俊, 石原 哲, 出口 隆 (岐阜大) 経皮的腎瘻造設術 (PNS) は, 低侵襲で尿路確保が可能なことから, 全身状態が不良である閉塞性腎不全, 感染性水腎症の治療として汎用され, 永久的な尿路変更として用いられることがある. PNS はカテーテル留置を必要とし, 自己管理が困難な尿路変更術である. カテーテル自然抜去などの合併症もしばしば経験される. これらPNS の欠点の改善を図るため, ストーマ出向部を腹側に配置する作成法 (anterior or abdominal PNS—以下 APNS—) を考案し, 臨床5例に用いた. 87 patient・months の観察期間で合併症は2回, 皮下感染症とカテーテル位置異常であり, 重篤な合併症はなかった.

急性散在性脳脊髄炎による神経因性膀胱に対して膀胱拡大術を施行した1例: 荒木英盛, 後藤百万, 吉川羊子, 松川宜久, 服部良平, 小野佳成, 大島伸一 (名古屋大) 20歳, 女性. 2001年5月, 39度の発熱, 全身の発疹を認め, 近院に入院した. 6日後突然の意識障害, 下肢脱力感, 膀胱直腸障害が発症し, 直ちにステロイドパルス療法を開始したが, 膀胱直腸障害, 尿閉状態は残存した. 間欠自己導尿を開始したが, 度重なる腎盂腎炎を繰り返し, 左単腎に合併した膀胱尿管逆流症と診断した. 当院初診時の尿流動態学検査では, 低コンプライアンス膀胱・排尿筋低活動を示し, 膀胱造影では, 膀胱容量 67 ml で VUR 3度を示した. 清潔間欠導尿と抗コリン薬による保存的治療が不十分であったため, 回腸利用膀胱拡大術および膀胱尿管逆流防止術を施行した. 術後1カ月半にて1回の導尿量は, 増加し, 尿路感染症は消失した.

Micropapillary bladder carcinoma の1例: 西澤恒二, 小林 恭, 光森健二 (浜松労災), 小倉啓司 (大津日赤), 井出良浩 (浜松労災病理部) 80歳, 女性. 血尿と腰背部痛にて救急受診. 軽度の右水腎症と膀胱腫瘍を認め精査加療目的に入院. 経尿道的生検では低分化な移行上皮癌とともに micropapillary bladder carcinoma を認めた. 膀胱腫 cT4N0M0 にて動注化学療法・放射線療法施行後, 膀胱生検と CT で腫瘍を指摘できなかったが, 治療18カ月後に癌性腹膜炎にて死亡した. 剖検では後腹膜腔から腹腔に慢性性に浸潤する micropapillary bladder carcinoma を認めた. 同腫瘍は浸潤性に増殖し mass を形成しないため, 膀胱粘膜生検では把握されない可能性があり, CT による画像診断でも捉えにくい場合があるため, 経過観察には注意が必要と考えられた.

膀胱原発小細胞癌の1例: 高田俊彦, 山田佳輝, 宇野雅博, 米田尚生, 藤本佳則 (大垣市民), 亀井信吾 (岐阜大) 63歳, 女性. 2003年4月主訴血尿にて当科受診. 膀胱鏡検査にて右前壁に非乳頭状広基

性の膀胱腫瘍を認め生検結果は小細胞癌であった。骨盤 CT 上右前壁に広基性の壁外への浸潤を伴うと思われる 28×27 mm の腫瘍を認め、原発巣および転移の検索を各種画像検査にて行ったが異常を認めず、膀胱原発小細胞癌と診断した。2003年5月膀胱全摘術+回腸導管造設術を施行し、組織は小細胞癌 pT3aN0M0であった。術後、補充療法として MTX・CBDCA・ADR・VP-16 による化学療法2コースを行い、術後5カ月経過するも再発は認めていない。膀胱原発小細胞癌は非常に予後が悪く比較的早期に再発することが多いため今後も厳重な経過観察が必要と思われる。

小腸転移をきたした膀胱肉腫様癌の1例：増栄孝子，谷口光宏，竹内敏視，酒井俊助（同外科），三澤恵一（同外科），出口 隆（岐阜大） 症例は67歳，男性。主訴は肉眼的血尿。膀胱鏡で右尿管口付近に腫瘍を認めた。精査の結果 TCC G2>G3，T2，N0，M0 と診断し、膀胱全摘除術を施行した。病理組織診断は、肉腫様癌を伴う TCC G3，pT2，pR0，pL1，pV1，pN0 であった。術後の補助療法は行わず経過観察していた。術後6カ月目に肺転移をきたし、M-VAC1コースと放射線療法を施行したが、脳、肝転移が出現し術後7カ月目にはイレウスとなった。イレウス解除術を施行したところ、小腸腫瘍によるイレウスであることが判明した。その病理組織も肉腫様癌であった。患者は膀胱全摘後9カ月目に死亡した。膀胱癌の小腸転移は自検例が本邦7例目であり、膀胱肉腫様癌の小腸転移は過去に報告はないと思われる。

代用膀胱造設術後、尿道再発をきたした女性膀胱癌の1例：加藤成一，西野好則，伊藤康久，坂 義人（岐阜市民） 70歳，女性。頻尿，下腹部不快感を主訴に1994年5月2日当科受診。膀胱鏡検査にて三角部を中心に多発性膀胱腫瘍を認めたが、頸部には認めず。1994年5月18日膀胱全摘術+回腸利用代用膀胱造設術を施行。病理組織診断は、TCC，G2，pT2，INFβ，pN0。術後5年間ドキシフリジン内服。尿禁制，排尿状態は良好であった。2002年5月より残尿に対し間歇的自己導尿施行。2003年2月導尿時のカテーテル挿入に抵抗が出現したため、膀胱鏡検査を施行し、尿道に腫瘍を認めた。病理組織診断はTCC，G2で、手術時の病理組織との類似性を認めた。膀胱癌の尿道再発，肝転移，骨盤内リンパ節転移と診断され、2003年7月29日死の転帰をとった。

慢性膀胱炎として経過した尿道憩室の1例：和志田重人，田中利幸，西山直樹，藤田民夫（名古屋記念） 現病歴：10年来の繰り返す膀胱炎があり、近医で慢性膀胱炎と診断されていた。4年前より尿失禁が出現するも放置。検診時の経腔超音波で異常を指摘され他院受診。排尿時膀胱尿道造影で尿道憩室を認め、当科紹介受診となった。症状：尿意切迫，残尿感，会陰痛，尿失禁。身体所見：外尿道口左側に若干の膨隆を認めた。検査所見：顕微鏡的血尿。尿培養：陰性。尿流量測定：排尿量 282 ml，残尿量 585 ml，最大 6 ml 毎秒，平均 3 ml 毎秒。骨盤部 MRI：尿道左側に尿道憩室を認めた。膀胱鏡所見：挿入時抵抗認めた。憩室口は観察できず。穿刺吸引細胞診：class 3。経腔的尿道憩室摘除術を施行し、残尿量は減少し、自覚症状は消失した。慢性膀胱炎として経過した尿道憩室を経験したので、文献的考察を加えて報告した。

当院における TUR-P クリニカルパスの検討：平野篤志，藤田高史，野尻佳克，初瀬勝朗，辻 克和，絹川常郎（社保中京），岡村菊夫（中部） [対象] 2002年度厚生労働省 TUR-P クリニカルパス研究に準じた63症例（2002年6月～2003年4月，パス群）とそれ以前の61症例（2001年5月～2002年6月，対照群）とで、合併症の発生率，尿道カテーテル抜去までの日数，退院までの日数を比較検討した。またバリエーションとその原因について検討した。[結果] 合併症は対照群，パス群でそれぞれ34.4，22.2%であった。尿道カテーテル抜去は3.2，3.2日。バリエーションは血尿によるものが多かった。退院日は9.4，8.1日であった。バリエーションは患者希望が多く，ほとんど1日の遅延であった。[結論] パス導入により合併症の発生率は増加せず，在院日数の短縮が計れた。退院遅延の理由は患者希望が多く，適切な患者教育でバリエーションを少なくできると思われた。

前立腺導管癌の1例：矢田康文，大石正勝，岡田晃一，兼光紀幸，三矢英輔，小島宗門（名古屋泌尿器科），早瀬喜正（丸善ビルクリニック） 84歳，男性。2003年3月頃に肉眼的血尿を自覚し近医受

診。膀胱炎の診断にて抗生剤などの投与を受けるも，その後も顕微鏡的血尿が持続するため精査加療目的にて当院紹介となった。胸腹部に理学的異常所見なし，表在リンパ節は触知せず。前立腺精査では直腸診にて右葉に硬結触知したが PSA は 0.9 ng/ml と正常であった。その他画像診断でも異常なし。膀胱尿道鏡検査にて精阜近位側の前立腺部尿道に白色の乳頭状腫瘍を認めたため，経尿道的腫瘍生検および前立腺針生検を施行したところ，病理診断は前立腺導管癌であった。よって2003年6月よりホルモン療法開始し，その後再発の傾向もなく経過観察中である。前立腺導管癌は前立腺癌全体の0.2～5%で，文献上，本邦において自験例は64例目と考えられた。

前立腺全摘術後の PSA 再発に対する放射線治療の検討：坂田裕子，長谷川嘉弘，脇田利明，林 宣男（愛知県がんセンター），不破信和，古平 毅，古谷和久，立花弘之（同放射線治療部） 前立腺癌における前立腺全摘術後の PSA 再発に対して局所への放射線治療を行った8例について検討した。手術時平均年齢は65.4（62～69）歳，平均観察期間は329.8（141～779）日。病理学的病期は pT2a：1例，pT2b：1例，pT3a：5例，pT3b：1例であり，中分化型7例，低分化型1例であった。総線量は44～70 Gy で，1例は肛門痛のため，1例は PSA 上昇のため途中で中止した。1例を除く7例において PSA の低下を認めた。下痢（grade 1）が1例，肛門痛（grade 2）が1例，早期に見られたが，重篤な合併症はなく，放射線治療は術後の再発に対して有用な治療法の1つと考えられた。

前立腺原発移行上皮癌の1例：平田朝彦，鈴木弘一，加藤久美子，村瀬達良（名古屋第一赤十字） 症例は66歳，男性。2000年4月排尿困難，排尿時痛あり，他院にて前立腺レーザー治療を施行。その後も症状持続するため11月当院初診となる。初診時，血清 PSA 値は1.3 ng/ml であった。残存する前立腺を切除する目的で TUR-P を行ったところ病理は前立腺原発移行上皮癌であった。以上より2001年3月根治的前立腺全摘除術施行，病理検査上癌は前立腺限局，リンパ節転移は認めなかった。その後外来にて経過観察をしていたところ，10月になり呼吸困難出現，胸部レントゲン上癌性リンパ管症が疑われた。その後は急激な呼吸状態の悪化を来し死亡されるに至った。前立腺レーザー治療では病理学的検索がなされないため血清 PSA 値の上昇を認めない前立腺癌について注意が必要である。

化学療法が無効であった精巣原発悪性リンパ腫の1例：青木高広，中西利方（共立湖西総合），鈴木和雄，大園誠一郎（浜松医大） 79歳，男性。主訴は左陰囊と腹部腫瘍。精巣腫瘍の腫瘍マーカーは陰性であった。画像診断上，5×5 cm の左精巣腫瘍，精索浸潤，10×10 cm の左後腹膜転移を認め，精巣腫瘍と診断し，高位精巣摘出術を施行した。病理組織学的に精巣原発悪性リンパ腫 non-Hodgkin's lymphoma，Diffuse Large B cell type (LSG 分類)，stage 2E (Ann Arbor 分類) と診断した。後腹膜転移に対して BEP 療法1コース施行後診断確定，CHOP-E (Etoposide) 療法2コース施行後，残存腫瘍に対して後腹膜腫瘍摘出術を施行，画像上明らかな転移を認めなかったが，可溶性 IL-2 受容体は高値持続。CHOP-E 療法4コース目施行中に左腸骨窩転移が出現増大し，治療開始後6カ月で死亡した。進行期 non-Hodgkin's lymphoma で，high risk 群は予後不良であり，治療法の早期確立が望まれる。

胎生期にホルモン暴露した男性に生じた精巣腫瘍の1例：小川和彦，佐谷博之，日置琢一（鈴鹿中央総合），村田哲也（同病理），深津孝英（三重大），今村哲也（JR 東海総合） 症例は25歳，男性。2002年2月スノーボード中に股間を強打し左陰囊腫脹を訴え近医受診。血腫除去を数回されるも軽快しないため3月28日紹介受診。左精巣破裂と診断し，4月5日左精巣摘出。病理検査の結果，左精巣腫瘍であったため，4月15日左精索摘出術と陰囊皮膚切除術を追加。Seminoma (pT4N0M0，stage I) と診断し，BEP 療法2コース施行。問診で受傷前に無症状であったこと，他院で既に処置が行われていたことなどが初期診断を誤らせたが，特筆すべきは，胎生期に，無月経治療のため母親がホルモン療法を受けていた点である。胎生期のホルモン暴露による精巣腫瘍発生について，若干の文献的考察を加えて報告する。

腹腔内停留精巣に発生したセミノーマの1例：田中一矢，加藤慶太郎，西川英二（名古屋掖済会），青木重之，本多靖明（愛知医大）

52歳，男性。生来より左精巣を触知しないことを自覚していた。2002年2月に腹痛，嘔吐を発症し，イレウスにて入院。腹部骨盤CTにて左腎下極の4cm大の腫瘤と下腹部の10cm大の腫瘤を認め，超音波ガイド下生検を施行。セミノーマと診断されBEP3コース施行した。化学療法にて腫瘍体積は縮小し，同年7月全麻下に腫瘍摘除術を施行した。摘除標本の一部に精巣上体の組織を認めた。また viable cell は認めなかったため追加の化学療法や後腹膜リンパ節郭清などは行わず，外来にて経過観察中である。術後1年経過しているが再発，転移を認めていない。腹腔内停留精巣から腫瘍が発生する確率は高いとされているが，鼠径部に比べて早期発見が困難であることが多く，非触知精巣を認めた場合，注意が必要であると思われた。

完全重複尿管に合併した VUR の治療経験：永田仁夫，西島誠聡，松本力哉，高山達也，鶴 信雄，古瀬 洋，牛山知己，鈴木和雄，大園誠一郎（浜松医大），野畑俊介（富士宮市立総合），平野 恭弘（藤枝市立総合） 症例は31歳，女性。繰り返す発熱を主訴に近医受診し VUR の診断にて Cohen 法による根治術を受けた後，完全重複尿管異所開口（Thom 分類3型）と診断，異所開口尿管に対し膀胱尿管新吻合術を施行された。その後も腎盂腎炎を繰り返したため精査，新吻合尿管に VUR を認めたため当院紹介受診し，尿管尿管新吻合術を施行した。術後2年経過した現在腎盂腎炎の再発を認めず経過良好である。VUR の術前検査にて重複尿管を認めた場合は異所開口の可能性を精査する必要があると考えられた。また重複尿管に発生した VUR に対するの再手術の場合は尿管尿管新吻合を選択することがよいと考えられた。

陰嚢内に発生した脂肪肉腫の1例：神沢英幸，坂田孝雄（NTT 西日本東海），佐々木昌一，宇佐美雅之，郡 健二郎（名古屋市大） 症例は54歳，男性。2003年1月頃より左陰嚢内容の腫大を認め，7月15日当科受診。血液・生化学検査および腫瘍マーカーに異常所見を認めなかった。陰嚢部 CT にて造影効果を有する腫瘤を認めた。左陰嚢内腫瘍の診断の下，左高位精巣摘除術を施行。摘出重量は精巣・付属組織を含め710g，腫瘍の大きさは15×9×10cm。腫瘍内部は黄色，均一，充実性で，精巣は圧排されながらも境界明瞭に存在していた。病理組織では高分化型と多形型の両成分が混在した脱分化型脂肪肉腫であった。総鞘膜，切除断端に腫瘍組織を認めず，腫瘍は完全に摘出されたと考えられた。陰嚢内脂肪肉腫の再発には1月から12年と幅があり，本症例も今後厳重に観察していく予定である。

女性膀胱粘膜下型平滑筋腫の1例：成島雅博，下地敏雄（名鉄） 73歳。2002年11月28日膀胱炎治療後も排尿時不快感が続くため初診。膀胱鏡検査で膀胱頸部6～9時から長径約3cm，正常粘膜に被われた有茎性の内反型乳頭腫様腫瘍を認めた。CT では膀胱壁と同吸収で造影効果を認めた。2003年1月10日 TUR-Bt 施行。病理結果は平滑筋腫だった。術後3.5カ月の膀胱鏡検査で再発はない。膀胱非上皮性腫瘍は原発性膀胱腫瘍の1～5%で，そのうち平滑筋腫は0.3%である。自験例は本邦133症例目と思われる。男女比は1:2で女性に多く，好発年齢は男性が50～60歳，女性が30～40歳。発育様式から粘膜下型，壁内型，漿膜下型（外方発育型）の3種類に分類される。初発症状に特有なものはない。診断には膀胱鏡検査，CT，MRI，US などが有用だが確定には病理検査が必須である。治療は腫瘍摘除術（核出術含む），膀胱部分切除術，TUR-Bt が主に行われているが経過観察症例もある。

骨盤外傷による膀胱尿道破裂後の尿失禁に対し膀胱頸部吊り上げ術が有効であった1例：加藤廉人，桑原勝孝，石瀬仁司，森川高光，佐々木ひと美，日下 守，石川清仁，白木良一，星長清隆（藤田保衛大） 29歳，女性（職業ダンサー）。2001年5月2日，飲酒後にバイクを運転し，タクシーと正面衝突。CT 上骨盤骨折，膀胱破裂の診断にて緊急手術となった。膀胱は頂部から前尿道まで大きく破裂。一部尿道裂傷も合併していた。修復術後真性尿失禁となり，原因は尿道括約筋不全と考えられた。職業がダンサーでありわずかな尿失禁も不満であること，そして尿失禁よりも間欠導尿のほうが良いという考えを持っていることより膀胱頸部スリング術を施行した。現在術後9カ月が経過しているが尿閉，間欠導尿になることなく，自排尿可能で残尿もない。ただ腹圧排尿のため，長期的に間欠導尿の必要性も十分考慮した厳重な経過観察が必要であると考えられた。

Prepubic sinus に起因した陰核肥大の1例：早瀬麻沙，小島祥敬，中根明宏，岡田淳志，水野健太郎，窪田裕樹，吉村 麦，丸山哲史，戸澤啓一，佐々木昌一，林 祐太郎，郡 健二郎（名古屋市大），濱嶋直樹，渡辺 勇（名古屋市立城北小児科） 12歳，女児。8歳頃より陰核が腫大。染色体46,XX。画像上子宮卵巣に異常を認めず，各種ホルモン検査正常にて先天性副腎過形成は否定され特発性陰核肥大と診断。恥骨前部の皮膚に直径2mmの孔を認めた。陰核包皮を切開したところ大量の貯留物が流出し，正常大の陰核が存在した。恥骨前部の孔にゾンデを挿入したところ1.5cmまで挿入可能であり，MRI の所見より陰核周囲へ連続していると考えられた。これらを摘除し，陰核龟头を温存した上で伸展した小陰唇の形成を行い外陰形成術を終了した。本例は，陰核周囲に連続した Prepubic sinus のため包皮内に貯留物が蓄積し陰核が肥大して見えたものと思われた。

膀胱全摘出術，尿管S状結腸吻合術後18年目に吻合部癌が見つかった1例：有馬 聡，石黒幸一（浜松赤十字），西脇 眞（同外科），田所 茂（田所クリニック） 症例は67歳，女性。1985年11月に膀胱全摘，尿管S状結腸吻合術施行。術後より両側水腎症の進行あり，血清Crは2台で経過していた。2003年6月7日両側腎盂腎炎，血清Crの上昇を認め入院。同日，両側腎ろうを造設。後日に回腸導管造設を予定した。術前のColon Fiberにて吻合部に隆起性病変を認めポリペク施行。病理はsevere atypical glands group 4であった。2003年7月8日にS状結腸切除術，回腸導管造設術を施行した。

（パネルディスカッション）“限局性前立腺癌に対する各種外科的治療法”司会のことば：杉村芳樹（三重大），出口 隆（岐阜大）わが国における近年の前立腺癌の増加は著しいものがあります。今回の地方会における特別企画として“限局性前立腺癌に対する各種外科的治療法”を企画致しました。本パネルは限局性前立腺癌に対する外科的治療法のオプションとして，各種手術法につき正しい知識を得，日常診療における患者さんへのスムーズな情報提供の一助になればと考えております。日泌総会や中部総会ではできないような，ローカルな本音の話題を提供していただき忌憚りの無い討議を期待しております。

愛知県がんセンター泌尿器科における恥骨後式前立腺全摘除術の手術治療成績の検討：脇田利明（愛知県がんセ） 【目的】当院での恥骨後式前立腺全摘除術の手術治療成績の検討を行い報告する。【対象と方法】1994年11月から2003年3月までの間に当科で限局性前立腺癌（T1-3）と診断し，恥骨後式前立腺全摘除術を施行した113例を対象とした。手術は基本的に逆行性に行った。【結果】対象症例の手術時年齢は50～78歳，平均66.0歳。手術時間は150～386分，平均264分。出血量は210～5,500ml，平均1,452ml。術後カテーテル留置期間は平均11.7日。入院期間は平均28日。術後平均観察期間は1,125日。全症例の5年全生存率は97.2%，5年疾患特異的生存率は98.4%，pT0 2群，pT3 4群の5年PSA非再発率は81.2，31.1%であった。

会陰式根治的前立腺摘除術（RPPx）：白木良一（藤田保衛大） 【対象と方法】2003年1月～7月にRPPx施行した32例。年齢は50～75（中央値68）歳，PSAは4.3～33（同8.1）ng/mlで，術前19例（40.6%）に他治療が施行された。【結果】手術時間は98～230（平均135）分，出血は74～1,858（同386）mlで，1例に同種輸血を要した。病理診断（pT）は0；6例，2a；19例，2b；4例，3a；1例，3b；2例で，ew 4例，Cap 2例，SV 2例，28例（87.5%）が臓器限局性に根治術可能であった。合併症は直腸損傷2例，膿瘍形成2例，尿瘻3例を認めたが，再手術などは要さなかった。カテーテル抜去は6～40（平均9）日で，28例が抜去後2週間以内に尿禁制がほぼ得られた。【結論】RPPxは限局性前立腺癌の根治療法として，QOLを損なうことが少なく十分な根治性が得られる術式と考えられた。

限局性前立腺癌に対する各種外科的治療法腹腔鏡下腹膜内アプローチ：戸澤啓一（名古屋市大） われわれはフランスのPiechaudらの術式を改変し，60例の腹腔鏡下前立腺全摘除術を行った。【手術適応】原則としてstage B2までの患者。Neoadjuvant hormonal therapyは6カ月未満が望ましい。【本術式の利点】本術式の利点はDVC，前立腺尖部，神経血管束が拡大視野で見られるため，その処理が正確な切断線で行えることである。それに伴い出血量，術後尿失禁，術後性機能障害は減少する。【手術成績】手術時間は，初期には8時間以

上の症例も経験したが、最近の10例はほぼ3～5時間（平均280分）で終了しており開腹手術との差は縮まっている。出血量も症例を重ねるにつれ減少している。合併症は、直腸損傷2例、尿管損傷1例でいずれも初期症例にみられた。現在では術後の尿道バルンカテーテル留置は4～7日、入院期間も大幅に短縮している。

後腹膜到達法による腹腔鏡下前立腺全摘除術の検討：服部良平（名古屋大） [対象および方法] 1999年12月より、限局性前立腺癌症例に対し腹腔鏡下前立腺摘除術を85例に行い、74例は後腹膜到達法に

行ってきたのでその治療成績について報告する。年齢は平均68.5歳術前病期は T1b 5例, T1c 26例, T2 35例, T3 8例であった。【結果】開創手術に変更された例は6例（8%）であった。平均出血量は732mlであり、平均手術時間は5.8時間であった。手術時間のうち前立腺摘除時間は1.9時間であり、尿道膀胱吻合時間は1.5時間であった。尿道カテーテル平均留置時間はそれぞれ12.5日であった。術前内分泌治療にて摘出標本中に腫瘍がみられなかった pT0 が5例にみられた。pT2 41例, pT3a 22例, pT3b 6例であった。Ew 陽性例は22例（29%）に見られた。